



Austevoll kommune

## Søknadsskjema

### Helse- og omsorgstenester

Unntatt offentlig innsyn jf. Off. lova § 13, fj hol. § 12-1

Namn (fornamn og etternamn):	Personnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer og –stad:
Tlf.nr/mob.nr:	E-postadresse:
Bustadkommune:	Språk:
Eg bur åleine <input type="checkbox"/>	Eg bur saman med andre <input type="checkbox"/>
Eg bur heime hjå foreldre <input type="checkbox"/>	Har du omsorg for barn under 18 år? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

#### Næraste pårørnde

Namn (fornamn og etternamn):	Personnummer:
Relasjon til søker:	Tlf.nr/mob.nr:
Adresse:	Postnummer og –stad:
E-postadresse:	Skal næraste pårørnde få kopi av post som blir sendt til søker? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Eg samtykker til at informasjon om min helsetilstand og den helsehjelpa som vert ytt, vert gjeve til min næraste pårørnde: Ja  Nei

Helse- og omsorgstenesta må vite kven dei skal forhalde seg til dersom du skulle bli ute av stand til å ivareta dine interesser (Pasient- og brukerrrettighetsloven § 3-3)

#### Andre kontaktpersonar

Fastlege (namn):	Tlf.nr:
Verje (namn):	Tlf.nr:
Andre (namn – relasjon):	Tlf.nr:

**Oppgje årsak til søknad** (har du uttale frå lege eller anna fagperson som kan gje opplysningar til søknaden, bør du leggje det ved):

--



**TENESTETYPEN**

**Kryss av for kva teneste du søker om**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heimesjukepleie                              | <input type="checkbox"/> Pårørandestøtte:                  |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/heimehjelp                  | <input type="checkbox"/> Opplæring og rettleiing           |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand og opplæring                | <input type="checkbox"/> Avlasting                         |
| <input type="checkbox"/> Dagopphald demente                           | <input type="checkbox"/> Omsorgstønad                      |
| <input type="checkbox"/> Dagtilbod for personar med utviklingshemming | <input type="checkbox"/> Langtidsopphald                   |
| <input type="checkbox"/> Tryggleiksalarm                              | <input type="checkbox"/> Korttidsopphald                   |
| <input type="checkbox"/> Matombringning                               | <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsopphald            |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt/fritidskontakt                 | <input type="checkbox"/> Omsorgsbustad                     |
| <input type="checkbox"/> Individuell plan/ koordinator                | <input type="checkbox"/> Omsorgsbustad med heildøgnteneste |
| <input type="checkbox"/> Brukarstyrt personleg assistanse             | <input type="checkbox"/> Anna:                             |

Har du motteke helse- og omsorgstenester tidlegare?

Ja  Nei  Dersom ja, kva:

Har du søkt om hjelpestønad frå NAV? Ja  Nei   
Mottek du hjelpestønad frå NAV? Ja  Nei   
Dersom ja: Sats 1  Sats 2  Sats 3  Sats 4   
Behov for tolk: Ja  Nei   
Behov for døvetolk: Ja  Nei

**Når du skriv under samtykker du til at Austevoll kommune:**

- behandlar personopplysningane elektronisk
- kan innhente eller utlevere opplysningar frå samarbeidande personell som er nødvendige for å behandle søknaden. Samarbeidande personell kan til dømes vere lege, spesialisthelsetenesta, NAV, næraste pårørande og andre instansar i kommunen
- kan innhente inntektsopplysningar for dei tenestene vi krev eigenbetaling for

Dersom det er instansar som du ikkje gjev samtykke til å samarbeide med, skriv dei opp her:

Samtykket gjeld fram til saka er avslutta om ikkje anna er avtalt. Du kan når som helst, heilt eller delvis, trekke samtykket. **Saksbehandlar har teieplikt.**

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

søkar/verje/føresette

**Send søknad til:**

Austevoll kommune, Tildelingskontoret, Birkelandsvegen 2, 5392 Storebø